記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| **研究責任者** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **参加機関名(施設名)** |  |
| **2015年1月1日から2025年6月30日までに治療を行った鼠径部ヘルニア術後メッシュ感染症例数(初回手術は自施設，他施設を問わない)** |  |